



Complete y lea toda la información a continuación antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de inscripción. Le notificaremos su fecha de entrada en vigencia después de que recibamos este formulario de su parte.

En lugar de enviar por correo una solicitud de cancelación de inscripción, puede llamarnos gratis al 833.201.9256 (TTY: 1.866.215.1999) Lunes a Viernes: 7:30am a 8:00pm (AST), Sábado: 9:00am a 6:00pm (AST), Domingo: 11:00 am a 5:00pm (AST).

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
ID de miembro:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de la casa: (      )

Al completar esta solicitud de cancelación de la inscripción, acepto lo siguiente:

Triple-S Salud me notificará de mi fecha de cancelación de inscripción después de recibir este formulario. Entiendo que hasta que mi cancelación de inscripción sea efectiva, debo continuar surtir mis recetas en las farmacias de la red Triple-S Optimo PSHB para obtener cobertura. Entiendo que hay momentos limitados en los que podré unirme a otros planes de Medicare, a menos que califique para ciertas circunstancias especiales. Entiendo que me estoy dando de baja de mi plan de medicamentos recetados de Medicare Triple-S Optimo PSHB y, si no tengo otra cobertura tan buena como Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para esta cobertura en el futuro.

Firma\* \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*O la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona en virtud de las leyes del Estado donde reside la persona. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

<b>Nombre:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____
<b>Número de teléfono:</b> (____) ____ - _____
<b>Relación con el afiliado</b> _____

S2135\_TS PSHBDENROLL\_807

Triple-S Salud es un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association. Los beneficios de medicamentos recetados de Medicare bajo el plan Triple-S Optimo PSHB son patrocinados por Blue Cross Blue Shield Association bajo su contrato de Medicare S2135